

بررسی نقش معنویت و نگرش نسبت به مرگ در بهزیستی روان‌شناختی سالمندان

محمدصادق حدادان*، راضیه شیخ‌الاسلامی**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۲۹

چکیده

پدیده سالمندی و چالش‌های اجتماعی و فردی آن از جمله مباحثی است که امروزه با توجه به رشد جمعیت سالمندان بیشتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. یکی از این جنبه‌ها بهزیستی روان‌شناختی این افراد به‌عنوان یک شاخص کیفیت زندگی است که به عوامل مختلفی گره خورده است، از جمله عواملی که در دوران سالمندی به‌ویژه پیرنگ و قابل‌تأمل هستند، معنویت و نگرش نسبت به مرگ است، اینکه فرد سالمند با نگرش ترس و اجتناب یا پذیرش و سازش با پدیده مرگ مواجه شود و همچنین معنویت فرد چه تأثیراتی بر بهزیستی روان‌شناختی او دارد، موضوع پژوهش حاضر است. پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و از طریق رگرسیون چندگانه مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش ۱۸۲ سالمند به روش نمونه‌گیری در دسترس مشارکت داشتند. از سه مقیاس معتبر پرسشنامه نیم‌رخ نگرش نسبت به مرگ (DAPR)، بهزیستی روان‌شناختی ریف، معنویت پاریسیان استفاده شد، روایی و پایایی پرسشنامه‌های مذکور در پژوهش حاضر بررسی و تأیید گردید. با توجه به تحلیل‌های صورت گرفته نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که متغیرهای معنویت و نگرش نسبت به مرگ-اجتنابی پیش‌بینی‌کننده‌های قوی بهزیستی روان‌شناختی هستند. رابطه منفی و معنادار نگرش نسبت به مرگ-اجتنابی با بهزیستی روان‌شناختی بیانگر این مهم است که علی‌رغم اینکه در جامعه سالمندان و بخصوص مراکز حمایتی و پوششی آن‌ها، پدیده انکار مرگ و فرار از مباحث مرتبط با مرگ به‌عنوان یک رویه پذیرفته شده در حال نهادینه شدن است؛ اما باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی در این افراد می‌گردد. از سوی دیگر معنویت عامل مثبتی در احساس بهزیستی سالمندان است که باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.

* دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. ms.hadaddan@gmail.com

** دانشیار روانشناسی تربیتی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول). sheslami@shirazu.ac.ir

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، سالمندان، معنویت، نگرش نسبت به مرگ

مقدمه و بیان مسئله

پدیده پیری امری حساس به مقیاس جهانی است. آمارهای جمعیت‌شناسی حاکی از این است که تعداد سالمندان از ۱۳۰ میلیون نفر در سال ۱۹۵۰ به بیش از ۶۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ رسیده همچنین پیش‌بینی می‌شود که تا ۲۵ سال آینده، ۱/۲ میلیارد نفر (حدود ۱۴ درصد) جمعیت جهان را افراد ۶۰ سال و بالاتر تشکیل دهند (Ogura et al, 2008: 335). وزیر نیا توزیع سالمندی را مؤلفه عمده‌ای برای شناخت عوامل خطر و مشکلات سالمندان می‌داند، طبق آمار انتظار می‌رود جمعیت سالمندان جهان در طی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۳۰ میلادی در آسیا از ۳,۹ درصد به ۶,۱۸ درصد در اروپای شرقی از ۱۷,۷ درصد به ۲۵,۲ درصد در فرانسه از ۲۰,۹ به ۳۷,۶ درصد در آلمان از ۲۲,۳ درصد به ۴۱,۶ درصد در ژاپن از ۱۶,۲ به ۳۷ درصد و در ایران از ۵,۶ درصد به ۱۷,۵ درصد برسد. مقایسه این آمار نشان می‌دهد که روند پیری در آسیا و ایران به مراتب سریع‌تر از دیگر کشورهای ذکر شده است (وزیر نیا، ۱۳۸۷: ۱۴). بنابراین با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان، این پدیده یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی قرن بیست و یکم به شمار می‌رود (Sarvimaki & Stenbock-Hult, 2016: 372). همه کشورها آرزو دارند که امید به زندگی افراد خود را طولانی کنند و در تحقق این امر نیز تا اندازه‌ای موفق شده‌اند، ولی از سوی دیگر تلاش چندانی نمی‌کنند تا بهزیستی جمعیت روزافزون سالمندان را در حد مطلوبی حفظ کنند (Guggenmoos-holzman, 1995: 52). این در حالی است که امروزه با افزایش جمعیت سالمند، یکی از چالش‌های مهم جوامع ارتقاء بهزیستی سالمندان است.

پیامد جوامعی که شرایط زندگی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بهبود و طول عمر و امید به زندگی افزایش می‌یابند، پدیده سالمندی است و به معنی این است که سلامت روانی جامعه در آینده بیش از گذشته به این قشر وابسته خواهد بود، همچنین تحقیقات

نشان داده سالمندان آسیب‌پذیری بیشتری در برابر از دست دادن شادی و بهزیستی ذهنی دارند که می‌تواند به شروع اختلالات عاطفی مانند افسردگی و اضطراب ناشی از کاستی‌ها و مشکلات معمول مرتبط با سن در زمینه‌های مختلف منجر شود (Izquierdo et al, 2013: 395; Windsor et al, 2009: 299) و مجموعه این دلایل لزوم توجه به مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت روان و بهزیستی سالمندان را نشان می‌دهد.

یکی از این مؤلفه‌ها معنویت است، معنویت نقش مهمی در کنار آمدن با استرس و پریشانی‌های روانی سالمندان دارد و بهره گرفتن از اعتقادات دینی به‌ویژه زمانی که با انجام اعمال گروهی همراه باشد، می‌تواند از تنهایی جلوگیری کرده و میزان افسردگی و اضطراب و سایر علائم روان‌شناختی را کاهش دهد. بنابراین، شگفت‌آور نیست که افراد منتفع از آن از شادابی و ثبات بیشتری در زندگی برخوردار باشند (Garssen et al, 2016: 141). پژوهش‌ها نشان داده معنویت رابطه نزدیک و معناداری با رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افراد مسن دارد که موجب ادراک بهتر از وقایع زندگی و ارزیابی مثبت آن‌ها از حوادث زندگی می‌شود (Cowlshaw et al, 2013: 1243). همچنین در این باره تحقیقات نشان داده‌اند، حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت سالمندان مفید باشد (Garssen & Visser & de Jager Meezenbroek, 2016: 145).

مؤلفه نگرش نسبت به مرگ نیز با توجه به اینکه سالمندی دوران پایانی زندگی است و فرد خود را در مقابل مرگ می‌بیند، می‌تواند بیش از گذشته تأثیرگذار باشد؛ تحقیقات نشان داده است بهزیستی روان‌شناختی، همبستگی مثبت پایین تا متوسط با پذیرش ختنی و فعالانه مرگ و همبستگی منفی با ترس و اجتناب از مرگ دارد (Wong, Reker & Gesser, 1994: 121). همچنین همبستگی مثبت متوسط بین ترس

از مرگ و اضطراب گزارش شده است (Thorson & Powell, 2000: 123).

لذا مؤلفه‌های نگرش نسبت به مرگ و معنویت با توجه به مسئله پژوهش که دست‌یابی به سازه‌هایی مؤثر در بهزیستی سالمندان است در این پژوهش مورد مطالعه

قرار گرفته است. باید توجه داشت سالمندی دیگر یک بیماری محسوب نمی‌شود بلکه به‌عنوان گذر از مرحله‌ای به مرحله جدیدی از زندگی تلقی می‌گردد. با پذیرش این دیدگاه که پیری زمان پختگی و کمال آدمی است نه زمان تسلیم شدن، سالمندی معنای زیبایی به خود خواهد گرفت و لزوم توجه به سلامت روان و بهزیستی روانشناختی در این دوره بیشتر فهم خواهد شد.

پیشینه پژوهش

خارجی

طی تحقیقی با موضوع «نیازهای معنوی زندگی سالمندان در خانه‌های مسکونی/پرستاری» که با مشارکت ۱۰۰ سالمند (با میانگین سنی 84 ± 7 و جنسیت ۸۲ درصد زن) انجام شد، نتایج نشان داد سالمندانی که در خانه سالمندان زندگی می‌کنند نیازهای روانی اجتماعی و معنوی خاصی دارند، که مغفول می‌ماند و در نتیجه مورد توجه قرار نمی‌گیرند. بنابراین، اقدامات مراقبت از سلامتی برای سالمندان نباید صرفاً به ابعاد جسمانی و یا ظرفیت عملکردی محدود شود، بلکه باید نیازهای معنوی، بهزیستی و عزت نفس نیز در آن‌ها لحاظ شود (Erichsen & Büssing, 2013: 10).

یافته‌های پژوهشی با موضوع «تأثیرات دین و هدف در زندگی بر سلامت ذهنی سالمندان و نگرش نسبت به مرگ» که بر روی ۱۰۳ فرد بالای ۵۸ سال انجام شد، نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی همبستگی مثبتی با بهزیستی آزمودنی و همبستگی منفی با ترس از مرگ و اجتناب از مردن دارد. در این مطالعه جهت‌گیری مذهبی بیرونی همبستگی مثبتی با ترس از مرگ داشت و جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه مثبتی با رویکرد پذیرش مرگ داشت (Ardelt, 2003: 77).

پژوهش دیگری با عنوان «معنویت و کنار آمدن با بیماری‌های مزمن» و باهدف بررسی معنویت و توانایی مقابله، بر روی افراد با بیماری‌های مزمن مختلف انجام شد؛

۲۲۱ بررسی نقش معنویت و نگرش نسبت به مرگ در بهزیستی ...

نتایج این پژوهش نشان داد همبستگی مثبت معناداری بین معنویت و توانایی مقابله وجود دارد به این معنی که معنویت می‌تواند توانایی مقابله را در افراد بالا ببرد (Richard, 2004: 1).

نتایج تحقیقی که بر روی معنویت، مذهب و رفتار خودکشی؛ با استفاده از داده‌های نظرسنجی سلامت جامعه کانادایی صورت پذیرفت (تعداد شرکت‌کننده‌ها در آن ۳۶۹۸۴ نفر بوده‌اند)؛ نشان داد که حضور مذهبی با کاهش اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی و در افرادی که دارای بیماری روانی هستند مستقل از اثرات حمایت‌های اجتماعی همراه است (Rasic et al, 2009: 32).

تحقیقی با عنوان «معنویت و دینداری: رابطه نسبی با اضطراب مرگ» که بر روی ۱۳۴ زن و ۷۴ مرد صورت گرفت نشان داد که بین سازگاری معنوی و سلامت روان‌شناختی در زنان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این تحقیق همچنین نشان داد زنانی که از لحاظ سازگاری معنوی در سطح بالاتری قرار دارند به نسبت زنانی که از سازگاری معنوی پایین‌تری برخوردارند، سلامت روان‌شناختی بالاتری دارند (Rasmussen & Johnson, 2010: 313).

پژوهشی با عنوان «حمایت اجتماعی و سلامت روان در بین سالمندان کویتی» که با شرکت ۱۴۲۷ نفر با میانگین سنی ۶۰ سال در کشور کویت انجام شد نشان داد، دینداری بر زندگی روزمره و بهزیستی سالمندان اثر مثبتی دارد (Al-Kandari et al, 2014: 518). در تحقیقات دیگر نیز به تأثیر مثبت آداب مذهبی در سازگاری با مشکلات پرداخته شده است (Rosen, 1982: 27). در همین باب هادیانفرد مقاله‌ای با موضوع «احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان» منتشر و نتیجه‌گیری کرد که ۵۸ درصد واریانس متغیر وابسته (احساس آرامش) توسط عمل به باورهای دینی قابل تبیین است (هادیانفرد، ۱۳۸۱: ۲۲۴).

در تحقیقی که بر روی افراد مبتلا به ایدز انجام شد مشخص گردید که اکثر افراد مذکور افسرده‌اند. در این پژوهش معنویت و افسردگی رابطه معنادار و معکوس داشت،

نتایج نشان داد که در افراد دچار ایدز می‌توان با بالا بردن سطح معنویت و تشویق این افراد به معنویت‌گرایی میزان افسردگی را در آنان کاهش داد (Yi et al, 1980: 604).

داخلی

در تحقیقی با موضوع «نقش نگرش به مرگ و باورهای غیرمنطقی در کیفیت زندگی سالمندان» که با مشارکت ۱۵۰ نفر سالمند بالای ۶۰ سال در شهر اردبیل صورت گرفت نتایج نشان داد که، باورهای غیرمنطقی و نگرش به مرگ می‌توانند تا حدی در کیفیت زندگی سالمندان نقش داشته باشند. بنابراین می‌توان با مداخله شناختی در این متغیرها کیفیت زندگی سالمندان را بهبود داد (بشیرپور و همکاران، ۱۳۹۸: ۲۶۰).

در فرا تحلیلی بر روی مطالعات مربوط به اضطراب به مرگ که شامل ۴۴ پژوهش از پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و نیز دانشگاه‌های شهر تهران بود، نشان داده شد که آگاهی از مرگ در متغیرهای گوناگون از جمله امید به زندگی، روان‌نژند گرایی، همجوشی شناختی و... دارای اندازه تأثیر متوسط است (بروجردی و مازندرانی، ۱۳۹۸: ۱۱۹).

نتایج پژوهشی با عنوان «ساخت مقیاس تجربه معنوی دانشجویان» که با مشارکت ۳۳۱ نفر صورت پذیرفت، این بود که معنویت پدیده‌ای است که از ابعادی مانند: فعالیت مذهبی، تجربه هستی و احساس متعالی عرفانی تشکیل می‌شود؛ در این پژوهش با اشاره به تحقیقاتی که رابطه معنویت و سلامت روان را سنجیده‌اند (به‌عنوان نمونه: Schetter et al, 1992: 79) به اهمیت مقیاس معنویت در سلامت تأکید شد (غباری، لواسانی و محمدی، ۱۳۸۴: ۲۶۱).

در تحقیق دیگری با موضوع «بررسی ارتباط میان جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان» که با مشارکت ۷۱ نفر دانشجوی صورت گرفت، نشان داده شد که همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی از نظر آماری معنی‌دار است (مداحی و همکاران، ۱۳۹۰: ۵۳).

در پژوهشی با عنوان «رابطه هوش معنوی و جهت‌گیری مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب وجودی در دانشجویان» که با حجم نمونه ۳۸۰ نفر صورت پذیرفت پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که متغیرهای هوش معنوی و جهت‌گیری مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی مطلقاً رابطه معنادار وجود دارد و این متغیرها بر روی هم اثرگذار است و می‌تواند بر روی هم تأثیر مثبت و مستقیمی داشته باشند (عسکری و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۶۲).

مبانی نظری

بهزیستی روان‌شناختی

در متون روان‌شناسی، بهزیستی برابر با شادکامی شخصی و مرتبط با تجربه لذت در مقابل ناخشنودی دانسته شده و بهزیستی شخصی به‌عنوان ارزیابی عاطفی و شناختی از زندگی تعریف می‌شود که متشکل از سه مؤلفه اصلی است؛ رضایت‌مندی از زندگی، وجود عواطف خوشایند و نبود عواطف ناخوشایند (Diener & Lucas, 2000: 325). ریف و کیز با معرفی بهزیستی روان‌شناختی شش مؤلفه را برای آن معرفی می‌کنند:

- ۱- پذیرش خود: یعنی نگرش مثبت به خود پذیرش جنبه‌های مختلف خود مانند ویژگی‌های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته؛
- ۲- روابط مثبت با دیگران: احساس رضایت و صمیمیت از رابطه با دیگران و درک اهمیت این وابستگی‌ها؛
- ۳- خودمختاری: احساس استقلال و اثرگذاری در رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارها؛
- ۴- تسلط بر محیط^۴ (Ryff & Keyes, 1995: 716). حس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر از فرصت‌های پیرامون؛
- ۵- زندگی هدفمند: داشتن هدف در زندگی و باور به این‌که زندگی حال و گذشته او

-
1. self-acceptance
 2. positive relation with others
 3. autonomy
 4. environmental mastery

معنی‌دار است؛ ۶- رشد شخصی: احساس رشد بادوام و دستیابی به تجربه‌های نو به‌عنوان یک موجود دارای استعدادهای بالقوه (1: Ryff & Singer, 1998): تحقیقات مربوط به بهزیستی، به‌طور سنتی متمرکز بر چه کسی، چه چیزی و چگونه است؛ یعنی چه کسی خوشبخت است، چه چیزی آدم را خوشبخت می‌کند و اجزاء متفاوت خوشبختی چگونه با یکدیگر ارتباط پیدا می‌کنند. اگر در گذشته مراقبت‌های ضعیف پزشکی - بهداشتی و فقدان امکانات اولیه زندگی، زمینه ناخوشنودی را فراهم می‌کرد، در حال حاضر بهزیستی افراد تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد. به‌ویژه در سالمندان این امر پیچیده‌تر شده و نیازمند مطالعات دقیق و علمی است (میری و همکاران، ۱۳۹۳: ۳۶).

نگرش نسبت به مرگ

در پیش‌درآمدهای فرهنگی، مرگ برای همه رویدادی استرس‌زا، ولی درعین‌حال بخش پذیرفته‌شده‌ای از زندگی است. سیر معنای فرهنگی مرگ را در تفکر غرب از قرون وسطی تا زمان حاضر را می‌توان با توجه به دیدگاه متفکران این‌گونه توصیف کرد. قبل از سال ۱۲۰۰ افراد مرگ را به‌عنوان تقدیر خود می‌پذیرفتند. مرگ، نه مهم به شمار می‌آمد نه از آن اجتناب می‌شد. از سال ۱۲۰۰ تا ۱۷۰۰ بر هنر خوب مردن، یعنی آشتی فرد باخدا در زمان آماده‌سازی خود برای مرگ تأکید می‌شد. در این زمان مرگ به‌عنوان دروازه ورود به زندگی بهتر، اهمیت خاصی یافته بود. از سال ۱۷۰۰ تا اواخر سال‌های ۱۸۰۰، مرگ "غیرطبیعی" را که تنبیه به شمار می‌آمد از مرگ "زیبا و متعالی" که گذاری طبیعی تلقی می‌شد تفکیک می‌کردند. در این دوران مرگ هاله‌ای رؤیایی و پراهمیت یافت. سپس، از آغاز قرن بیستم، مرگ از لحاظ فرهنگی به شکل پدیده‌ای نامرئی درآمد که برای انکار آن همه‌گونه تلاش صورت می‌پذیرفت (Rice, 2001: 136). بنابراین، وجه بارز مرگ در قرن بیستم نامرئی بودن آن است. در این قرن سعی می‌شود مشکلات مرگ با پنهان کردن و انکار آن حل شود. اگرچه انکار می‌تواند یکی از سازوکارهای

مقابله‌ای مهم باشد. ولی دقیقاً همین انکار است که وقتی به‌سوی افراط می‌گراید مانع پذیرش و سازش مثبت می‌شود (Arise, 1981: 105). روال امروزی جامعه ما در زمینه انکار مرگ سبب شده است که در فلسفه مرگ و جان دادن کاوشی روزافزون به عمل آید. علاوه بر آن دوره‌های آموزشی متعدد و سیلابی از متون علمی و ادبی در این زمینه ایجاد شود، که بخش اعظم آن در اعتراض به شیوه‌های مرسوم کنونی است. در جنبشی که اخیراً ایجاد شده، مضمون نوشته‌ها از انکار مرگ به‌سوی مفهوم مرگ باوقار تغییر جهت داده‌اند (پورغلامی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۶). بنابراین نگرش به مرگ که شامل طیفی از مؤلفه‌های انکار و ترس تا پذیرش و سازگاری با پدیده مرگ است، یکی از متغیرهایی است که در این پژوهش ارتباط آن با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان مورد مطالعه قرار گرفته است.

معنویت

از دیگر عوامل درونی که می‌تواند بهزیستی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد، معنویت^۱ است. رشد معنوی از جمله موضوعاتی است که در دهه‌های اخیر به صورتی روزافزون در قلمرو روانشناسی و بهداشت روانی مورد توجه قرار گرفته است. شاید یکی از دلایل آن پیر شدن جمعیت و سؤالات کلی و اساسی است که دوره سالمندی در افراد برمی‌انگیزد (هارتز، ۱۳۸۷: ۱۳۰). این عامل نقش اساسی در کیفیت و وضعیت زندگی دوره سالمندی ایفا می‌کند که می‌توان به‌عنوان یک راه‌کار کمکی برای کاهش اضطراب مرگ در افراد سالخورده از آن بهره جست. معنویت به زندگی فرد معنا و جهت می‌دهد و او را برای رویارویی با مشکلات زندگی یاری می‌رساند. از معنویت می‌توان به‌عنوان یک تکیه‌گاه و نیروی بالقوه استفاده کرد که باعث هدفمند شدن و معناداری فرایند پیری می‌شود. در میان سالمندان این حس نه‌تنها اضطراب مرگ را

کاهش می‌دهد بلکه سبب تقویت توانایی مقابله در برابر هرگونه استرس و اضطراب می‌شود و بالا رفتن این توانایی موجب خوش‌بینی فرد سالمند به زندگی شده و کماکان تأثیرات خود را بر سلامت جسم و روان آن‌ها می‌گذارد. در بین شیوه‌های مقابله‌ای مورد استفاده سالمندان، مذهب و معنویت نقش قابل‌توجهی در پر کردن فضاهای خالی زندگی و معنادار نمودن آن داشته‌اند. شواهد فراوانی مبنی بر تأثیر مثبت فعالیت‌های دینی بر سلامت روان، مقابله با فشارهای روانی اجتماعی و سازگاری در دوران سالمندی وجود دارد (ابراهیمی، ۱۳۸۲: ۹۴). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بهزیستی روان‌شناختی با اطمینان مذهبی، تجربه نیایش و شرکت در مراسم مذهبی، حتی پس از کنترل متغیرهای متعدد جمعیت‌شناختی، همبسته است (میری و همکاران، ۱۳۹۳: ۳۶).

سوریتون و پاتیسون معنویت را جنبه‌ای از وجود انسان می‌دانند که به فرد، انسانیت می‌دهد و معتقدند که معنویت با ساختارهای مهم فرد در ارتباط است و به او برای مقابله با مسائل زندگی کمک می‌کند (Swinton & Pattison, 2001:24)؛ و گان معنویت را بالاترین سطح رشد در زمینه‌هایی همچون شناخت اخلاق و هیجان در بین افراد می‌داند و آن را به‌عنوان یک نگرش و شامل تجربیات اوج و از حوزه‌های رشدی در نظر می‌گیرد (Vaughan, 2002: 16).

معنویت را یک کیفیت روانی که فراتر از باورهای مذهبی است می‌دانند که در انسان ایجاد انگیزه می‌کند و احساساتی مثل درک هیبت الهی و احترام به خلقت را در شخص به وجود می‌آورد. فرد معنوی در زندگی هدفمند است و معنای زندگی را دریافته است. حتی در مواردی که فرد به وجود خداوند اعتقاد نداشته باشد بعد معنوی انسان را وامی‌دارد تا درباره خلقت و جهان لایتناهی تفکر کند. زمانی این بعد در زندگی برجسته می‌شود که انسان در برابر فشارهای عاطفی بیماری شدید و مرگ قرار گیرد (شهیدی و حمدیه، ۱۳۸۱: ۲۱۰). هارتر معنویت را با ویژگی‌هایی از روح انسان همچون عشق، شفقت، صبر، تحمل بخشایش، رضایت خاطر، احساس مسئولیت و حس سازگاری که شادمانی را برای خود و دیگران به ارمغان می‌آورد مرتبط می‌داند در

نظر او عشق جایی است که لاستیک معنا و تعالی با جاده زندگی تماس می‌یابد. به گفته او این‌که آیا فرد می‌تواند عشق بورزد یا نه منعکس‌کننده این موضوع است که دو بعد دیگر معنویت (معنا و تعالی) را تا چه اندازه جدی می‌گیرد (هارتز، ۱۳۸۷: ۱۳۰). منظور او از عشق صرفاً یک احساس نیست. عشق می‌تواند مستلزم انجام دادن کاری باشد که بیشترین فایده را برای خود و دیگران در پی داشته باشد. با همه این تعابیر به نظر می‌رسد که معنویت و دین، منبع مهم و واحدی برای افراد در مقابله با استرس‌های سال‌های آخر زندگی باشد (Zeng, Gu & George, 2011: 426).

نظریه رشد روانی اجتماعی اریکسون

دیدگاه اریکسون^۱ به دلیلی برخوردار از نسبی از استحکام و جامعیت نظری، مورد توجه قرار گرفته است. در این نظریه تمام گستره حیات در هشت مرحله در نظر گرفته شده است که در هر مرحله نیز یک بحران و تعارض روانی - اجتماعی که از ترکیب رشد زیستی و خواسته‌های روانی - اجتماعی پدید آمده پیش‌بینی شده است (sigelman, 1999: 102; Muuss, 1996: 68).

مراحل اریکسون به ترتیب شامل؛ مرحله اول، اعتماد در برابر بی‌اعتمادی؛ مرحله دوم، استقلال در برابر شک و تردید؛ مرحله سوم، ابتکار در برابر احساس گناه؛ مرحله چهارم، کوشایی در برابر احساس کهنتری؛ مرحله پنجم، احراز هویت در برابر سردرگمی، مرحله ششم، صمیمیت در برابر انزوا؛ مرحله هفتم، زاینده‌گی در برابر بی‌حاصلی و مرحله هشتم، کمال در برابر ناامیدی است.

اریکسون در مرحله هشتم و پایانی فرآیند رشد که دوره سالمندی نام دارد، چالش مهم ناامیدی ناشی از مرور رویدادهای زندگی و غم فرصت‌های ازدست‌رفته را مطرح می‌کند. اریکسون معتقد است اگر فردی از گذشته زندگی خود احساس رضایت داشته

باشد در این مرحله مرگ را هم پدیده عادی می‌انگارد و در حالت مقابل با حسرت‌هایی که از گذشته دارد نگرانی از مرگ و اضطراب‌های ناشی از آن هم با او همراه می‌شود. با توجه به نظریه اریکسون سالمندان با توجه به برداشتشان از ثمره و عملکرد خودشان در گذشته در دوران سالمندی نسبت به مرگ نگران یا برخوردار عادی دارند؛ بنابراین این نظریه مواجهه با مرگ یکی از نمایه‌های سلامت روانی اجتماعی فرد در دوران پایانی زندگی است.

نظریه سالمندی متعالی

مفهوم سالمندی متعالی را تورنستم در قالب نظریه مطرح کرده است که بر امکان بالقوه رشد افراد تأکید دارد و جایگزینی برای سایر نظریه‌هاست که بر نبود یا کمبود، تمرکز دارد. این نظریه بر مفاهیمی همچون خودشکوفایی و ترکیب عناصر نظریه فعالیت (کنش) و نظریه استمرار (رشد)، همچنین بر تغییرات و رشد در طول زندگی (شامل دوران سالمندی) تأکید می‌کند (Tornstam, 2005: 213). گفتنی است، ابعاد سالمندی متعالی به منزله تغییرات هستی‌شناختی در ابعاد کیهانی (ارتباط با عالم)، ابعاد مربوط به خود و ابعاد اجتماعی و روابط فردی است و این تغییرات به سوی بلوغ و خردمندی حرکت می‌کند. تورنستم در نظریه سالمندی متعالی، ابعاد خود متعالی، هستی‌شناختی، ترس از مرگ و خلوت را بیان کرده است. ریشه نظریه تورنستم بر مبنای نظریه رشد اریکسون شکل گرفته است. بر اساس این نظریه در دوره سالمندی، کیفیت امید، وفاداری و مراقبت از دیگران از مراحل قبلی زندگی ظهور می‌کند که از جمله نقاط قوت روان‌شناختی - اجتماعی به شمار می‌آید و در چرخه نسل سهم دارد. همچنین از شصت‌سالگی به بعد، انسجام در برابر یأس قرار می‌گیرد. در این میان، هنگامی که سالمند با مرگ روبه‌رو می‌شود، به‌مرور زندگی گذشته خود می‌پردازد و درباره ارزشمندی آن پرسش می‌کند. در این فرایند به‌غایت ناامیدی می‌رسد و از این‌پس به تلاش درونی دست می‌زند تا ظرفیت رشد برایش فراهم شود، در این تلاش، او چرخه

زندگی خود را به مثابه یگانه چرخه ممکن برای خود می‌پذیرد و افراد مؤثر بر این چرخه را تنها افراد بایسته و بی‌بدیل می‌داند و به احساس انسجام خودساخته دست می‌زند. همچنین اشتباهات ناگزیر خود را با توجه به موقعیت ارتکاب آن‌ها و در کنار دستاوردهای زندگی‌اش می‌پذیرد و دیگر آرزو نمی‌کند که ای‌کاش والدین، همسر یا فرزندان دیگری می‌داشت. او حال می‌تواند به گونه‌ای معنادارتر دیگران را دوست بدارد؛ زیرا درمی‌یابد که مسئولیت زندگی‌اش بر عهده خود او بوده است. این خردمندی که فضیلت برخاسته از احساس انسجام در این دوره است، مجال آن را به او می‌دهد که نزدیک بودن مرگ را تاب آورد و به نوعی به دل‌مشغولی منفصل و درعین‌حال فعال بازندگی نائل شود؛ اما اگر در این تلاش درونی دریابد که زندگی‌اش چنان‌که می‌بایست نبوده و درعین‌حال وقت نیز تنگ است - چنان‌که دیگر فرصتی برای آزمودن دوباره آن به گونه‌ای دیگر ندارد - به احساس یأس و ترس از روبه‌رو شدن با مرگ می‌رسد (رفیعی، ۱۳۸۲: ۴۵).

نظریه وجودی

نظریه پردازان وجودی معتقدند؛ اضطراب مرگ، نوعی هراس و اختلال تعمیم‌یافته ناشی از اضطراب هستی است. آن‌ها می‌گویند ما اضطراب هستی را تجربه می‌کنیم، بدین دلیل که می‌دانیم زندگی ما محدود است و از مرگی که انتظارمان را می‌کشد، می‌هراسیم. بسیاری افراد، از کنار آمدن با مرگ خودداری می‌کنند، و راه‌هایی همچون سرکوب، انکار و پرهیز را در پیش می‌گیرند و از مکان‌هایی که ممکن است مرگ را یادآوری کند، فاصله می‌گیرند و این، همان برخورد مضطربانه با مرگ است (پروچسکا و نواس، ۲۰۰۷؛ ترجمه: سید محمدی، ۱۳۹۱: ۱۲۷).

با این حال یالوم^۱ معتقد است که نمی‌توان تعریف دقیقی از اضطراب مرگ داشت، اما شایع‌ترین ترس‌ها در اضطراب مرگ را چنین فهرست می‌کند: ترس از ۱- غم و

اندوه دوری از دوستان و بستگان، ۲- ناتمامی برنامه‌ها و نقشه‌ها، ۳- درد ناشی از مرگ، ۴- ناتوانی در تجربه دوباره زندگی، ۵- ناتوانی در مراقبت از افراد تحت تکلف، ۶- ناآگاهی از آنچه پس از مرگ اتفاق می‌افتد، ۷- بی‌اطلاعی از سرنوشت جسم (یالوم ۲۰۰۲، ترجمه حبیب، ۱۳۹۰: ۹۸).

نظریه عدم تعهد^۱

نظریه عدم تعهد توسط کامینگز و هنری^۲ تکوین یافته و جز اولین نظریه‌های جامعه‌شناسی در مورد پیری است. بر اساس این نظریه فرد در سال‌های میانی عمر، فناپذیری و مرگ خود را یاد می‌کند و تدریجاً برخوردهای خود را با اجتماع و دیگران کاهش داده و هم‌زمان جامعه نیز، متقابلاً فرد را از خود جدا می‌سازد. عدم تعهد فرض اصلی این نظریه است. در این تئوری فرض شده است که پیران از کار همیشگی که در طول سنین میان‌سالی عمر، انجام می‌داده‌اند جدا شده و وقت خود را صرف فعالیت‌های شخصی و مربوط به خود کرده‌اند. مکانیسم‌های دفاعی درون‌گرایی و درون‌گزینی^۳ به فرد اجازه می‌دهد تا تعادل جدید را برقرار ساخته و با تغییرات متعدد این دوره سنی سازگار گردد (Stanhope et al, 1999: 132).

نظریه مبادله^۴

نظریه پردازان، نظریه مبادله معتقدند که نه تنها از نفع‌های مادی بلکه نفع‌های غیرمادی و معنوی نیز مبنای شکل‌دهی کنش‌های متقابل بین مردم است؛ جیمز داود معتقد است افراد و گروه‌ها نه فقط از طریق پاداش‌های مالی سود می‌برند بلکه از عشق

-
1. Disengagement theory
 2. Comings & Henry
 3. Withdrawal & Introspection
 4. exchange theory

۲۳۱ بررسی نقش معنویت و نگرش نسبت به مرگ در بهزیستی ...

و علاقه، تأیید، احترام و سایر پاداش‌های غیرمادی نیز منتفع می‌شوند (Mishara & Ridal, 1992: 301).

نظریه سالمندی موفق^۱

نظریه سالمندی موفق برکنش شناختی، ادراک کنترل و رضایت از زندگی سالمند تمرکز دارد. تعریف جامعی که این نظریه در مورد سالمند موفق دارد شامل بقاء، تندرستی و رضایت از زندگی است. توانایی رفتاری، بهزیستی روانی، کیفیت ادراک از زندگی و محیط عینی از معیارهای زندگی خوب سالمند است (معمدی و همکاران، ۲۰۰۵: ۴۳).

چارچوب نظری

بر اساس نظریات مطرح پیرامون سالمندان، سلامت روان این قشر وابسته به عوامل مختلف است، دوران پیری به جهت نزدیکی آن به پایان زندگی به گفته اریکسون دوره کمال در برابر ناامیدی است، که متأثر از برداشتهای فرد از گذشته زندگی‌اش او را برای مواجهه با مرگ به صورت های مختلف آماده می‌کند، سالمندانی که نسبت به گذشته زندگی خود احساس رضایت کنند مواجه مثبت و رویکرد پذیرنده تری نسبت به مرگ دارند و آن را پدیده‌ای عادی ارزیابی می‌کنند، درحالی‌که اگر افراد نسبت به گذشته زندگی خود برداشتهای توأم با افسوس داشته باشند، تجربیات ناامیدی را خواهند داشت و احساس عدم آمادگی برای مرگ آن‌ها را به رویکردهای انکاری و عدم پذیرش سوق می‌دهد. بنابراین چهارچوب نظری یکی از متغیرهایی که می‌تواند در تبیین سلامت روان سالمندان موردبحث قرار گیرد نگرش نسبت به مرگ است. رویکرد سالمندی متعالی نیز با الهام از اریکسون به همین موضوع اشاره می‌کند، در دوران

1. family evolutionary theory

سالمندی با توجه به این احساس که فرد فرصتی برای جبران و تغییر چرخه زندگی نمی‌یابد باید بتواند با آنچه گذشته است و موقعیت‌هایی که در آن‌ها تصمیم‌گیری کرده است به صورت پذیرنده مواجه شود، در غیر این صورت در مواجهه با مرگ نیز با تعارضاتی روبه‌رو خواهد شد.

روانشناسان وجودی نیز به بحث مرگ از منظر اضطراب پرداخته‌اند، آن‌ها معتقد هستند که اضطراب مرگ ناشی از این است که ما می‌دانیم که زمان محدودی داریم و این احساس در دوران سالمندی بیشتر جلب توجه می‌کند؛ آن‌ها عوامل متعدد دیگری را نیز برای این اضطراب شمرده‌اند مثل ناآگاهی از آنچه پس از مرگ اتفاق می‌افتد، ناتوانی در تجربه دوباره زندگی و... که نشان‌دهنده اهمیت تفکر پیرامون مرگ در بهزیستی روانی سالمندان است که می‌تواند زمینه‌ساز اضطراب و اختلالات روان‌نژندی دیگر باشد.

نظریه دیگری که پیرامون سالمندان بحث کرده است، دیدگاه عدم تعهد است، که معتقد است افراد سالمند بیشتر از مکانیسم‌های درونی گریزی و درون‌گزینی برای کسب آرامش استفاده می‌کند؛ از این رو عواملی چون معنویت می‌تواند به عنوان یکی از فاکتورهای نگاه به درون مورد توجه باشد و نقش آن را مورد بررسی قرارداد. نظریه مبادله را اگر در کنار نظریه عدم تعهد نگاه کنیم می‌تواند نگاه جامع‌تری به ما بدهد، نظریه مبادله معتقد است فرد سالمند فراتر از پاداش‌ها و مشوق‌های مادی علاقه‌مند به پاداش‌های غیرمادی است و نسبت به آن‌ها بیشتر از گذشته برانگیخته می‌شود.

در این طرح پژوهش بر مبنای آنچه گفته شد با روش تحلیل رگرسیون تلاش شد ارتباط دو متغیر معنویت و نگرش نسبت به مرگ در سالمندان مورد بررسی قرار گیرد. پس از مشخص شدن شرکت‌کنندگان به صورت کاملاً تصادفی که از محیط‌های متنوع شهر شیراز از خانه سالمندان تا پارک‌ها و... این نمونه‌گیری انجام شد سه پرسشنامه با طیف لیکرت به شرکت‌کنندگان داده شد تا به صورت خود اظهاری به سؤالات پاسخ دهند. چالش مواجهه با مرگ در دوره سالمندی نسبت به دیگر دوران سنی عمیق‌تر و

۲۳۳ ... بررسی نقش معنویت و نگرش نسبت به مرگ در بهزیستی

تأثیرگذارتر است، لذا بررسی تأثیر نگرش‌های مختلف سالمندان به پدیده مرگ و تأثیر آن در بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها می‌تواند به متولیان مددکاری اجتماعی در برنامه‌ریزی‌های آن‌ها در حوزه سالمندی کمک‌کننده باشد، ضمن اینکه تجربه معنویت به‌خصوص در جوامع شرقی، به‌صورت سنتی همواره موردتوجه بوده و بخشی از زیست‌روزمره آن‌ها را در برمی‌گیرد، لذا بررسی اثرگذاری معنویت بر بهزیستی سالمندان نیز از فاکتورهای مؤثر در ارائه خدمات مددکاری به سالمندان است. به همین جهت و با استناد به پیشینه پژوهشی و مبانی نظری ارائه‌شده و در نظر گرفتن سرعت رشد جمعیت سالمندان در ایران این پژوهش صورت پذیرفت.

فرضیات پژوهش

فرضیه اول: معنویت و نگرش نسبت به مرگ با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان ارتباط معنادار دارد.

فرضیه دوم: معنویت با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان ارتباط معنادار دارد.

فرضیه سوم: نگرش نسبت به مرگ - اجتناب با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان ارتباط معنادار دارد.

فرضیه چهارم: نگرش نسبت به مرگ - پذیرش با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان ارتباط معنادار دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است که به بررسی نقش نگرش به مرگ و معنویت در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان پرداخته است.

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه سالمندان شهر شیراز از استان فارس در سال ۱۳۹۸-۹۹ بود؛ طبق گزارش مرکز آمار ایران ناشی از سرشماری سال ۱۳۹۰

جمعیت سالمندان استان فارس ۳۷۲۰۰۰ و شهر شیراز ۱۹۴۰۰۰ نفر است (<http://amarista.ir>). که به جهت پراکندگی و دسترسی نامشخص به این افراد از روش نمونه‌گیری در دسترس بهره برده شد. شرکت‌کنندگان از چند سرای سالمندان، محل تجمع سالمندان در پارک‌ها و همچنین پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌های کودکان یک مهدکودک انتخاب شدند. افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش گروه سنی بالای ۶۰ سال و میانگین سنی نمونه موردبررسی ۶۵ سال است. تعداد داده‌های جمع‌آوری شده ۲۰۰ پرسشنامه بود که پس از بررسی تعدادی از پرسشنامه‌ها نیمه‌کاره و نامناسب تشخیص داده شدند و در نهایت تعداد ۱۸۲ داده با استفاده از نرم‌افزار Spss و روش تحلیل رگرسیون چندگانه موردبررسی قرار گرفته است.

در تحلیل رگرسیون چند متغیری نسبت تعداد نمونه (مشاهدات) به متغیرهای مستقل نباید از ۵ کمتر باشد. در غیر این صورت نتایج حاصل از معادله رگرسیون چندان تعمیم‌پذیر نخواهد بود (هیرو و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از هومن، ۱۳۸۴: ۲۱). نسبت محافظه‌کارانه‌تر ۱۰ مشاهده به ازای هر متغیر مستقل را (هالینسکی و فلورت، ۱۹۷۰؛ میلر و کانس، ۱۹۷۳؛ به نقل از هومن، ۱۳۸۴: ۲۲) پیشنهاد نموده‌اند. از دیدگاه جیمز استیونس حتی در نظر گرفتن ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش معمولی کمترین مجذورات استاندارد، یک قاعده سرانگشتی خوب به حساب می‌آید (هومن، ۱۳۸۴: ۲۳). بر طبق این قاعده حجم نمونه موردبررسی در این پژوهش بیش از ۱۵۰ مشاهده یعنی ۱۸۲ مورد در نظر گرفته شد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، شرکت‌کنندگان به صورت کاملاً داوطلبانه و با رضایت شخصی در پژوهش شرکت کردند، همچنین در مقدمه پرسشنامه اهداف پژوهش و روند کلی آن به اطلاع شرکت‌کنندگان رسانده شد و جهت رعایت امانت‌داری هویت شرکت‌کنندگان در برگه‌های پرسشنامه درج نگردید. نکات و ملاحظات مربوط به اخلاق در پژوهش نیز با استناددهی و ذکر منابع و استفاده از

داده‌های صحیح و حذف پرسشنامه‌های ناقص و تلاش برای ارائه گزارش صادقانه و به‌دوراز پیش‌داوری توسط پژوهشگران رعایت گردید.

پرسشنامه نیم‌رخ نگرش نسبت به مرگ^۱ (DAPR): این پرسشنامه به‌وسیله (Wong et al. 1994: 121) ساخته‌شده و دارای ۳۲ گویه و ۵ خرده‌مقیاس است: ترس از مرگ (سؤالات ۱، ۲، ۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۳۲)، اجتناب از مرگ (سؤالات ۳، ۱۰، ۱۲، ۱۹، ۲۶)، پذیرش خنثی (سؤالات ۶، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۳۰)، پذیرش گرایشی یا فعالانه (سؤالات ۴، ۸، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۵، ۲۷، ۲۸) و پذیرش اجتنابی (سؤالات ۵، ۹، ۱۱، ۲۳، ۲۹). این پنج بعد هم‌نگرش‌های مثبت نسبت به مرگ (زیرمقیاس‌های پذیرش) و هم‌نگرش‌های منفی نسبت به آن را (زیرمقیاس‌های ترس و اجتناب) در برمی‌گیرند. پاسخگویی به این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱، تا کاملاً موافقم = ۷) انجام می‌گیرد. برای به دست آوردن نمره میانگین مربوط به هر خرده‌مقیاس نمره همه عبارات مربوط به آن خرده‌مقیاس جمع شده و بر تعداد گویه‌های آن تقسیم می‌شود. سازندگان این پرسشنامه ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰،۶۵ (پذیرش خنثی) تا ۰،۹۷ (پذیرش گرایشی) گزارش کرده‌اند، ضریب پایایی حاصل از بازآزمایی نیز در یک فاصله چهارهفته‌ای بین ۰،۶۱ (اجتناب از مرگ) تا ۰،۹۵ (پذیرش گرایشی) قرار داشته است (Wong et al. 1994: 121). این پرسشنامه توسط (بشیرپور و همکاران، ۱۳۹۱: ۸۰) برای اولین بار به فارسی ترجمه شد و بعد از اطمینان از حفظ محتوای سؤالات، اعتبار صوری آن توسط سه روانشناس دارای مدرک دکترای روانشناسی تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این آزمون در دامنه ۰،۶۴ برای خرده‌مقیاس اجتناب از مرگ تا ۰،۸۸ برای خرده‌مقیاس پذیرش فعالانه مرگ به دست آمد.

همچنین بررسی روایی این پرسشنامه نشان داد خرده مقیاس ترس از مرگ با مقیاس اضطراب مرگ همبستگی مثبت و با آزمون تمایز معنایی مرگ و زندگی همبستگی منفی دارد. خرده مقیاس اجتناب از مرگ تنها با خرده مقیاس مرگ آزمون تمایز معنایی همبستگی داشته است خرده مقیاس پذیرش خنثی نیز با خرده مقیاس بی تفاوت نسبت به مرگ مقیاس نگرش نسبت به مرگ همبستگی مثبت داشته است. خرده مقیاس پذیرش گرایشی نیز با خرده مقیاس پاداش پس از زندگی مقیاس نگرش مرگ همبستگی مثبت داشته و سرانجام اینکه خرده مقیاس پذیرش رهایی نیز با خرده مقیاس مرگ آزمون تمایز معنایی همبستگی مثبت دارد. چنین روابطی بیانگر اعتبار سازه مطلوب ۵ خرده مقیاس این آزمون است (Berzonsky & Neimeyer, 1994: 424).

در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه نگرش نسبت به مرگ در خرده مقیاس ترس از مرگ ۰,۷۸، اجتناب از مرگ ۰,۷۳، پذیرش خنثی ۰,۶۲، پذیرش گرایشی ۰,۷۷، پذیرش اجتنابی ۰,۷۵ گزارش شد. همچنین روایی همگرای پرسشنامه در پژوهش حاضر با سنجیدن همبستگی خرده مقیاس های پذیرش با نمره کل پذیرش بررسی گردید که ضریب همبستگی بین ۰,۹۳ تا ۰,۶۷ گزارش شد که در همه موارد معنادار بود و خرده مقیاس های اجتنابی با نمره کل اجتنابی بررسی گردید که ضریب همبستگی بین ۰,۹۸ تا ۰,۹۰ گزارش شد که در همه موارد معنادار بود.

پرسشنامه معنویت (SQ¹): این پرسشنامه توسط (Parsian & Dunning, 2009) به منظور ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی افراد ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و دارای ۲۹ گویه و ۴ زیر مقیاس خودآگاهی (۱۰ گویه)، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی (۴ گویه)، فعالیت های معنوی (۵ گویه) و نیازهای معنوی (۹ گویه) است. آزمودنی باید در طیف لیکرت ۴ درجه ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا

کاملاً موافقم (=۴) میزان مخالفت یا موافقت خود را با هر یک از گویه‌ها آن مشخص سازد. به منظور برآورد پایایی پرسشنامه: ضریب آلفای کلی آزمون ۰,۹۴ و ضریب آلفای زیر مقیاس خودآگاهی ۰,۹۱، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی ۰,۹۱، فعالیت‌های معنوی ۰,۸۰ و نیازهای معنوی ۰,۸۹ گزارش شده است. نتایج حاصل از روش باز آزمائی نیز در یک‌فاصله ۱۰ هفته‌ای هیچ تفاوت معنی‌داری را بین نمرات مرتبه اول و دوم نشان نداد که این امر حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه معنویت است. همچنین پرسشنامه مذکور دارای اعتبار محتوا، اعتبار صوری و اعتبار سازه کافی گزارش کرده‌اند (Parsian & Dunning, 2009: 2). اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط (امینایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۶) نیز بررسی و پایایی این آزمون (آلفای کرونباخ) برای عوامل خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی، فعالیت معنوی و نیاز معنوی به ترتیب برابر ۰,۸۴، ۰,۹۰، ۰,۷۷ و ۰,۸۲ و برای کل آزمون ۰,۹۰ به دست آمد، همچنین به منظور بررسی روایی ابزار از اعتبار صوری، اعتبار محتوا و اعتبار سازه و اعتبار همگرا استفاده کردند که در همه موارد روایی پرسشنامه حاضر تأیید گردید (امینایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه معنویت در خرده مقیاس‌های خودآگاهی ۰,۷۶، اهمیت اعتقادات معنوی ۰,۶۲، فعالیت‌های معنوی ۰,۶۲، نیازهای معنوی ۰,۶۷ گزارش شده است. همچنین روایی همگرای پرسشنامه در پژوهش حاضر با سنجیدن همبستگی خرده مقیاس‌ها با نمره کل بررسی گردید که ضریب همبستگی بین ۰,۸۶ تا ۰,۷۸ گزارش شد که در همه موارد معنادار بود.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی^۱ (RSPWB): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ به وسیله ریف تدوین شده است فرم اصلی این پرسشنامه ۱۲۰ سؤال دارد، اما در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر، ۸۴،۵۴ و ۱۸ گوی‌های نیز پیشنهاد شده است

1. Ryff Scales of Psychological Well-being

(Ryff & Keyes, 1995: 716). در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۱۸ سؤالی پرسشنامه ریف جهت سنجش بهزیستی روان‌شناختی استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۶ خرده مقیاس: پذیرش خود (۲۸،۱۰)، هدفمندی در زندگی (۵،۱۴،۱۶)، رشد شخصی (۷،۱۵،۱۷)، تسلط بر محیط (۱،۴،۶)، خود پیروی (۹،۱۲،۱۸) و روابط مثبت با دیگران (۳،۱۱،۱۳) است. در فرم کوتاه شده برای هر یک از این خرده مقیاس‌ها سه گویه وجود دارد پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷)) درجه‌بندی شده است. این پرسشنامه دارای نمره کل است که از طریق مجموع نمرات به دست می‌آید. نمره‌گذاری پرسشنامه مذکور در گویه‌های ۱، ۴، ۵، ۸، ۱۵، ۱۷، ۱۶، ۱۸ به صورت معکوس است.

روایی و پایایی پرسشنامه ریف در پژوهش‌های متعدد گزارش شده است ریف و کیس. با استفاده از روش آلفای کرون باخ پایایی را بین ۰،۸۳ تا ۰،۹۱ گزارش کرده‌اند، همچنین پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرون باخ توسط (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۲: ۵۴۱)، ۰،۸۵ به دست آمده است. (ملفت و خیر، ۱۳۹۱: ۱۳۱)، روایی پرسشنامه مذکور را از طریق همبستگی بین نمرات گویه‌ها با نمره کل در دامنه ۰،۶۸ تا ۰،۷۷ و معنادار گزارش کرده‌اند. این نتایج نشان می‌دهند که پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی از روایی محتوایی لازم برخوردار است. همچنین در این تحقیق ضریب پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرون باخ ۰،۸۹ محاسبه شده است.

در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرون باخ پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ۰،۷۰ گزارش گردید. همچنین روایی همگرایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با سنجیدن همبستگی خرده مقیاس‌ها با نمره کل بررسی گردید که ضریب همبستگی بین ۰،۷۹ تا ۰،۸۶ گزارش شد که در همه موارد معنادار بود.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۸۲ سالمند شرکت داشتند که با توجه به تکمیل پرسشنامه به صورت خود اظهاری توسط سالمندان و اینکه بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش جنسیت خود را ذکر نکرده بودند، نسبت زنان و مردان در این پژوهش قابل گزارش نمی‌باشد؛ میانگین سنی سالمندان ۶۵ سال و ساکن شیراز بودند.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آماره کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار هستند. مقدار آماره به دست آمده برای آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در سطح ۰,۰۵ معنادار نشده است. بنابراین می‌توان گفت که تمامی متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند.

جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کولموگروف-اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
بهزیستی روان‌شناختی	۷۹,۳۲	۱۲,۵۰	۰,۰۶	۰,۲۰
معنویت	۹۰,۲۵	۱۲,۰۹	۰,۰۶۴	۰,۰۷
نگرش اجتناب نسبت به مرگ	۵۲,۷۴	۱۲,۳۲	۰,۰۴۲	۰,۲۰
نگرش پذیرش نسبت به مرگ	۱۰۲,۱۳	۱۵,۴۷	۰,۰۶۴	۰,۰۶۵

برای بررسی روابط بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر وابسته از ضریب همبستگی مرتبه صفر پیرسون استفاده شد. مطابق با جدول ۲ بین نگرش پذیرش نسبت به مرگ و نگرش اجتناب نسبت به مرگ با بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب ضریب همبستگی ۰,۱۷ و ۰,۲۸- وجود دارد که در سطح ۰,۰۱ معنادار می‌باشند.

جدول ۲- ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. بهزیستی روان‌شناختی	-			
۲. معنویت	۰,۴۵**	-		
۳. نگرش پذیرش نسبت به مرگ	۰,۱۷**	۰,۴۹**	-	
۴. نگرش اجتناب نسبت به مرگ	-۰,۲۸**	۰,۱۲*	۰,۱۶*	-

**p<0.01 *p<0.05

به منظور پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی به وسیله معنویت و نگرش به مرگ از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه هم‌زمان (Enter) استفاده شد مطابق با جدول ۳، معنویت به نحو مثبت و معنی‌داری بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را پیش‌بینی نموده است ($\beta=0/001$, $p=0/50$). به عبارت دیگر با افزایش معنویت، بهزیستی روان‌شناختی سالمندان افزایش یافته است. همچنین نگرش اجتناب نسبت به مرگ به نحو منفی و معنی‌دار بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را پیش‌بینی کرده است ($\beta=0/001$, $p=-0/35$). به این معنا که با افزایش نگرش اجتناب به مرگ، بهزیستی روان‌شناختی سالمندان کاهش یافته است. نگرش پذیرش نسبت به مرگ نتوانست به نحو معنی‌داری بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را پیش‌بینی کند. لازم به ذکر است که مجموعه متغیرهای مستقل ۳۲ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی را تبیین نموده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی بر اساس معنویت و

نگرش نسبت به مرگ (اجتناب و پذیرش)

متغیر پیش‌بین	F	R	R ²	SD	B	β	T	P
معنویت				۱۵,۲۰	۱۰۷,۶۹	۰,۵۰	۷,۰۸	۰,۰۰۱
نگرش پذیرش نسبت به مرگ	۲۸/۵۷	۰,۵۷	۰,۳۲	۰,۰۵	-۰,۰۰۹	-۰,۰۱	-۰,۱۵	۰,۸۷
نگرش اجتناب نسبت به مرگ				۰,۰۶	-۰,۳۵	-۰,۳۵	-۵,۵۹	۰,۰۰۱

نتیجه گیری

هدف از این مطالعه، پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان توسط نگرش نسبت به مرگ و معنویت بود.

نتایج پژوهش بیانگر نقش پیش‌بینی کننده معنویت در بهزیستی روان‌شناختی سالمندان است که دارای جهت مثبت و معنادار بود. همچنین نتایج این پژوهش نشان‌دهنده نقش پیش‌بینی کننده نگرش اجتناب نسبت به مرگ با بهزیستی روان‌شناختی است، که در این مؤلفه خرده مقیاس نگرش پذیرش نسبت به مرگ نقش پیش‌بینی کننده معناداری را نشان نداد.

رابطه پیش‌بینی کننده معنویت در بهزیستی روان‌شناختی با نتایج پژوهش (Cowlshaw et al, 2013: 1243) همچنین (Garssen et al, 2016: 141) همسو بود. معنویت به‌عنوان یک شاخص معنادار برای پیامدهای مثبت سلامتی و کیفیت زندگی شناخته شده است (Bai & Lazenby, 2015: 286). جیز داود در نظریه مبادله معتقد است مردم نه از طریق پاداش‌های مالی بلکه از طریق پاداش‌های غیرمادی مثل معنویت که به صورت های مختلف متبلور می شود منتفع می شوند (Mishara & Ridal, 1992: 301). نظریه عدم تعهد نیز به این موضوع اشاره می کند که افراد سالمند از مکانیسم‌های درون‌گرایی و درون‌گزینی جهت حفظ سازگاری خود استفاده می کنند. بنابراین به عقیده (Hodge et al, 2012: 131) ارزیابی‌های معنوی برای بیمارستان‌ها، خانه‌های سالمندان و سازمان‌هایی که در آن‌ها خدمات مراقبت از سلامت برای سالمندان ارائه می شود ضروری است. با توجه به در نظر گرفتن سالمندان به‌عنوان قشر آسیب‌پذیرتر جامعه، نیاز به برنامه‌ریزی آموزشی و خدمات مشاوره‌ای در این زمینه احساس می گردد.

همچنین نقش پیش‌بینی کننده نگرش اجتناب نسبت به مرگ با بهزیستی روان‌شناختی، هرچند به‌طور دقیق تکرار نشده است اما به‌طور ضمنی با پژوهش (پورغلامی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۶)، (پوراکبری و اسدی، ۱۳۹۳: ۵۳) و (Ardelt &

184 (Koenig, 2006) هم‌خوانی دارد. اریکسون در نظریه رشد روانی اجتماعی نیز در مرحله پایانی زندگی یعنی کمال در برابر ناامیدی به اهمیت نگاه فرد سالمند به گذشته زندگی در شکل‌گیری نحوه مواجهه آن‌ها با مرگ و تأثیر آن در تجربه امید یا ناامیدی اشاره شده است؛ همچنین در نظریه سالمندی متعالی تورنستم اشاره دارد که وقتی سالمندان خود را با مرگ روبه‌رو می‌بینند و فرصتی برای بازگشتن به زندگی نمی‌یابند بسته به نوع نگرشی که نسبت به زندگی خود دارند مرگ را تفسیر می‌کنند و مواجهه‌های متفاوتی با مرگ در پیش می‌گیرند، که می‌تواند از احساس یاس تا رضایت را در برگیرد (Tornstam, 2005: 213).

با دقت در نتایج پژوهش با این یافته مواجه می‌شویم که در متغیرهای مورد بررسی از نگرش نسبت به مرگ، مقیاس نگرش نسبت به مرگ - اجتناب با بهزیستی روانی، همبستگی منفی و معنادار داشت و در نقش پیش‌بینی کننده نیز معنادار ظاهر شد و خرده مقیاس نگرش نسبت به مرگ - پذیرش دارای همبستگی مثبت معنادار بود اما قادر به پیش‌بینی متغیر بهزیستی نبوده است، بنابراین بر طبق این داده‌ها می‌توان نتیجه گرفت نگرش‌های پذیرشی که شامل عامل‌های (پذیرش خستی، پذیرش فعال و پذیرش با گریز) بود با احساس بهزیستی روانی در سالمندان نمونه حاضر همبستگی معنادار داشت، و نگرش‌های اجتنابی که شامل عامل‌های (ترس و اجتناب) بود پیش‌بینی کننده بهزیستی روانی سالمندان بود و همبستگی منفی را نشان داد.

در جامعه سالمندان و بخصوص مراکز حمایتی و پوششی هدف این قشر، پدیده انکار مرگ و فرار از مباحث مرتبط با مرگ به‌عنوان یک‌رویه پذیرفته‌شده در حال نهادینه شدن است، نتایج این تحقیق و تحقیقات مشابه نشان می‌دهد، نگرش‌های منطقی و پذیرشی نسبت به مرگ و پرهیز از رویکردهای اجتنابی به مرگ و همچنین پرداختن به مقوله معنویت می‌تواند در جهت بهزیستی سالمندان کمک‌کننده و سازنده‌تر باشد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به اطلاعات ناقص دریافتی در بحث جمعیت شناختی اشاره کرد که علت آن پر نکردن بخش مربوط به اطلاعات شخصی توسط سالمندان بوده است. همچنین در فرآیند تکمیل پرسشنامه‌ها برخی از مدیران خانه‌های سالمندان به جهت اینکه موضوع پژوهش با مقوله «نگرش نسبت به مرگ» ارتباط داشت با این استدلال که سالمندان به قدر کافی با این موضوع مواجه هستند و پاسخ دادن به پرسشنامه شما برای آن‌ها تجربه خوش‌آیندی نیست، همکاری لازم را انجام ندادند. این پژوهش نشان می‌دهد که در حوزه مددکاری اجتماعی در ارتباط با سالمندان نه تنها انکار مرگ در بهزیستی روانی سالمندان تأثیر مثبت ندارد بلکه نگرش پذیرش نسبت به مرگ می‌تواند به ارتقاء بهزیستی سالمندان کمک کند. همچنین ایجاد فرصت تجربه‌های معنوی می‌تواند در جهت ارتقاء سطح سلامت روانی آن‌ها راهگشا باشد. سالمندی دیگر به معنای پایان زندگی نیست، بلکه مرحله‌ای از زندگی است که همانند دیگر مراحل آن نیازمند نشاط و بهزیستی است، لذا با توجه به افزایش امید به زندگی و جمعیت سالمندان در جهان، لازم است توجه ویژه به پژوهش‌های مرتبط به بهزیستی روانی و متغیرهای وابسته به آن صورت گیرد.

سپاس‌گزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین اساتید و دانشجویان محترم بخش روانشناسی تربیتی دانشگاه شیراز که در فرآیند این پژوهش همراه و یاری‌رسان بودند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

منابع

- ابراهیمی، امراالله. (۱۳۸۲)، «بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکرد دینی آن‌ها»، *ماهنامه پژوهش در علوم پزشکی*، شماره ۱۸: ۹۴-۹۵.
- اخوان، مهدی. (۱۳۸۵)، «فراسوی دین و به‌سوی معنویت انسان‌گرا»، *مجله فلسفه کلام و عرفات*. شماره ۲۹: ۸۵-۱۰۶.
- امینایی، محمد؛ اصغری ابراهیم‌آبادی، محمدجواد؛ آزادی، محمود و سلطانی شال، رضا. (۱۳۹۴)، «بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه معنویت پاریسیان و دونینگ»، *مجله اصول بهداشت روانی، اردیبهشت و خرداد: ۶-۱۳۱*.
- بروجردی، فرانک و مازندرانی، سمیه. (۱۳۹۸)، «فرا تحلیل مطالعات انجام‌شده بر اضطراب مرگ»، *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی*، شماره ۳۶: ۱۱۹-۱۳۶.
- بشر پور، سجاده؛ وجودی، بابک و عطارد، نسترن. (۱۳۹۱)، «ارتباط جهت‌گیری مذهبی و نگرش نسبت به مرگ با کیفیت زندگی و علائم جسمانی سازی در زنان»، *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، شماره ۱۰: ۸۰-۹۷.
- بشرپور، سجاده؛ حسینی کیاسری، سیده طیبه؛ سلیمانی، اسماعیل و مساح، امید. (۱۳۹۸)، «نقش نگرش به مرگ و باورهای غیرمنطقی در کیفیت زندگی سالمندان»، *نشریه علمی پژوهشی سالمند*، شماره ۱۴: ۲۶۰-۲۷۱.
- پروچاسکا، جیمز، و نورکراس، جان. (۲۰۰۷)، *نظریه‌های روان‌درمان*، ترجمه: یحیی سید محمدی، تهران: نشر روان، چاپ اول.
- پوراکیبری، خواجه‌وند خوشلی و اسدی، جوانشیر. (۱۳۹۳)، «رابطه سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در پرستاران»، *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، جلد ۱۱، شماره ۲: ۵۹-۵۳.
- پور افکاری، نصرت‌الله. (۱۳۸۲)، *فرهنگ جامع روان‌شناسی - روان‌پزشکی*، تهران: نشر فرهنگ معاصر، چاپ چهارم، جلد اول.
- پور غلامی، معصومه؛ سهرابی، نادره و سامانی، سیامک. (۱۳۹۰)، «رابطه بین کیفیت زندگی و نگرش نسبت به مرگ در سالمندان عضو کانون جهان‌دیدگان شهر شیراز»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد مرودشت.

بررسی نقش معنویت و نگرش نسبت به مرگ در بهزیستی ... ۲۴۵

- خدابخش، محمدرضا و کیانی، فریبا. (۱۳۹۲)، «بررسی رابطه سبک‌های انطباقی و غیر انطباقی شوخی با بهزیستی روانشناختی در پرستاران»، *مجله پزشکی هرمزگان*، دوره ۱۷، شماره ۶: ۵۴۱-۵۵۱.
- رایس، فیلیپ. (۱۳۸۸)، *رشد انسان: روانشناسی از تولد تا مرگ*، ترجمه: مهشید فروغان، تهران: نشر ارجمند، چاپ دوم.
- رفیعی، حسن. (۱۳۸۲)، *اریکسون: فرزند خود و معیار هویت*، تهران: نشر دانژه، چاپ اول.
- سادوک، بنجامین و سادوک، ویرجینیا. (۱۳۹۱)، *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی*، ترجمه: نصرت الله پور افکاری، تهران: نشر شهر آب، چاپ سوم.
- شهیدی، شهریار و حمدیه، مصطفی. (۱۳۸۱)، *اصول و مبانی بهداشت روان*، تهران: انتشارات سمت، چاپ اول.
- مداحی، محمدابراهیم؛ صمدزاده، منا و کیخای فرزانه، محمد مجتبی. (۱۳۹۰)، «بررسی ارتباط میان جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان»، *مجله روانشناسی تربیتی*، دوره ۲، شماره ۱: ۵۳ - ۶۳.
- ملتفت، قوام و خیر، محمد. (۱۳۹۱)، «پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان با توجه به ادراک از والدین با واسطه‌گری انگیزش»، *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، شماره ۴: ۱۳۷-۱۵۷.
- میری، عنایت‌الله؛ اصلانی، خالد و رجیبی، غلام‌رضا. (۱۳۹۳)، «رابطه بین حمایت اجتماعی، دینداری با بهزیستی روانشناختی در سالمندان باسواد»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، رشته روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- عسکری، مهرنا؛ علیرضا، حیدری و عسگری، پرویز. (۱۳۹۴)، «رابطه هوش معنوی و جهت‌گیری مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب وجودی در دانشجویان»، *فصلنامه پژوهش در نظام‌های آموزشی*، شماره ۳۱: ۱۶۲-۱۹۰.
- غباری بناب، باقر. (۱۳۸۰)، «روش‌های مقابله مذهبی در بین دانشجویان و تأثیر آن در سلامت روان»، *اولین سمینار بهداشت روانی دانشجویان*، دانشگاه تهران.
- غباری بناب، باقر؛ لواسانی، غلامعلی و محمدی، محمدرضا. (۱۳۸۴)، «ساخت مقیاس تجربه معنوی دانشجویان»، *مجله روانشناسی*، شماره ۳.
- وزیر نیا، طیبه. (۱۳۷۸)، «خانواده و سالمند»، *مجله علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، شماره ۱: ۱۴.
- هادیانفرد، حبیب. (۱۳۸۱)، «احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان»، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، شماره ۱۱: ۲۲۴-۲۳۲.

- هارتز، گری. (۱۳۸۷). *معنویت و سلامت روان*، مترجم: امیر کامگار و عیسی جعفری، تهران: نشر روان، چاپ اول.
- هومن، حیدر علی. (۱۳۸۴). *استنباط آماری در پژوهش رفتاری*. تهران: سمت.
- یالوم، آروین. (۱۳۸۱). *روان‌درمانی اگزیزتانیسیال*، ترجمه: سپیده حبیب، تهران: نشر: نی، چاپ دوم.
- Al-Kandari, Y. Y., & Crews, D. E. (2014). "Social support and health among elderly Kuwaitis." *Journal of Biosocial Science*, 46(4), 518.
- Ardel, M., & Koenig, C. S. (2006). "The role of religion for hospice patients and relatively healthy older adults." *Research on Aging*, 28(2), 184-215.
- Ardel, M. (2003). "Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes toward death." *Journal of Religious Gerontology*, 14(4), 77-55.
- Ariès, P. (1981). *Invisible death*. The Wilson Quarterly (1976), 5(1), 105-115.
- Bai, M., & Lazenby, M. (2015). "A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer." *Journal of palliative medicine*, 18(3), 286-298.
- Berzonsky, M. D., & Neimeyer, G. J. (1994). "Ego identity status and identity processing orientation: The moderating role of commitment." *Journal of Research in Personality*, 28(4), 425-435.
- Brenner, H. M. (1995). "Quality of life assessment in medicine: A historical view of basic science and applications." *Quality of life and health. Concepts, methods and applications.*, 41-57.
- Cowlshaw S, Niele S, Teshuva K, Browning C, Kendig H. (2013). "Older adults' spirituality and life satisfaction: A longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms." *Ageing Soc*;33(7):1243-62.
- Schetter, C. D., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). "Patterns of coping with cancer." *Health Psychol*, 11(2), 79-87.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). *Subjective well-being running Head: Emotional well-being*. Chapter in M.Lewis & J. M. Haviland (Eds). (2000) handbook of Emotions (2nd.Ed.). NewYork: Guilford. PP. 325-337
- Erichsen, N. B., & Büssing, A. (2013). "Spiritual needs of elderly living in residential/nursing homes." *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013.

- Garssen B, Visser A de JME. (2016). "Examining whether spirituality predicts subjective well-being: How to avoid tautology." *Psycholog Relig Spiritual*;8(2):141.
- Garssen B, Visser A, de Jager Meezenbroek E. (2016). "Examining whether spirituality predicts subjective well-being: How to avoid tautology." *psycnet.apa.org*;8(2):145.
- Hodge DR, Horvath VE, Larkin H, Curl AL. (2012). "Older adults' spiritual needs in health care settings: A qualitative meta-synthesis." *Res Aging*; 34(2):131-55.
- Hooman, H. (2014) "Structural Equation Modeling With LISREL Application." *The Organization for Researching and Composing University Textbooks in the Humanities (SAMT)*. Tehran. (In Persian)
- Izquierdo DG, Martínez A GJ. (2009). "Balance afectivo en hombres y mujeres: Implicaciones de la edad y el sexo." *Behav Psychol Conduct*,17(2):299-320.
- Moatamedi, A., et al. (2005). "The Relationship between Religious Tendency and Successful Aging." *Biannual Peer Review Journal of Training & Learning Researches*, 1(10): 43-56. (In Persian)
- Mishara, B. & Ridal, R. (1992). *Psychology of Aging* (Hamzeh Ganji, Trans.): Etellat Publication: 301-339 (In Persian)
- Muuss, R.E. (1996). *Theories of adolescence*. NEW YORK: the Mc Grow-hill companies.
- Ogura S Jakovljevic MM. Editorial. (2018). "Global Population Aging - Health Care, Social and Economic Consequences." *Frontiers in public health*;6:335.
- Parsian N, Dunning T. (2009). "Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: psychometric process." *Glob J Health Sci*;1(1):2-11.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford University Press.
- Rasmussen, C. H. & Johnson, M. E. (2010). "Spirituality and Religiosity: Relative Relationships to Death Anxiety." *Journal of Death and Dying*, 29(4), 313-318.
- Rasic, DT, Lee Belik,SH,Elias, B, KATZ, LY,Enns, M and Sareen, J. (2009). "Spirituality Religion and Suicidal Behavior in a Nationally Representative Sample." *Journal of Affective Disorder*. 14(1-3) 32-40.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). "The contours of positive human health." *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). "The structure of psychological well-being revisited." *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 716-727.

- Rosen, C. E. (1982) "Ethnic Differences among Impoverished Rural Elderly in Use of Religion as a Coping Mechanism". *Journal of Rural Community Psychology*, 3: 27-34.
- Rice Karen.I. (2001). "Geriatric best practices in nursing care." *Journal of Vascular Nursing*, Volume 19, Issue 4, December 2001, Pages 135-136.
- RichardG,A. (2004). "Spirituality as a Means of Coping with Chornic Illness." *Journal of Health Studies*.1-6.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (2000). *Death anxiety in younger and older adults*. Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications, 123-136.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*, 11, 213.
- Swinton J, Pattison S. (2001). "Spirituality." *Health Serv J, The Health Service Journal*, 01 Dec, 111(5786): 24-25.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2016). "The meaning of vulnerability to older persons." *Nursing Ethics*, 23(4), 372-383.
- Sigelman, C.k. (1999). "Life-span human development." USA:Brooks/cole. Journal Nme: *Creative Education*, Vol.2 No.5, December 1.
- Stanhope, marica. And Lancaster jeantte. (1988). *Community health Nursing process and practice for promoting health*. Second edition, the C.V. mosby Co.
- Vaughan, F. (2002). "What is spiritual intelligence." *Journal of humanistic psychology*, 42(2), 16-33.
- Windsor, T. D., Burns, R. A., & Byles, J. E. (2013). "Age, physical functioning, and affect in midlife and older adulthood." *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 395-399.
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). *Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death*. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application, 121, 121-148.
- YI, M. S. Mr. Us, j. M. Wade, T. J. Ho. M. L. Hornung, R.W,Cotton, S., Peterman, AH Merriam S (1980). "The concept and function of reminiscence: A review of the research." *The Gerontologist*.20(5):604-609.
- Zeng, Y., Gu, D., & George, L. K. (2011). "Association of religious participation with mortality among Chinese old adults." *Research on aging*, 33(1), 51-83.